

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

784

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles ATLAN

Né le 30 mars 1910, à M'Sila, Dép. Constantine (Algérie)

INFLUENCE
DES
CONJONCTIVITES AIGUËS
SUR LE TRACHOME

Président : M. TERRIEN, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles ATLAN

Né le 30 mars 1910, à M'Sila, Dép. Constantine (Algérie)

INFLUENCE
DES
CONJONCTIVITES AIGUËS
SUR LE TRACHOME

Président : M. TERRIEN, Professeur,

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

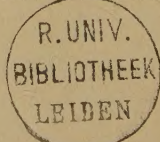
15, RUE RAGINE, 15

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	{ CUNÉO.
Clinique chirurgicale	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	{ BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique.....	LAUBRY
	{ HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT..... Bactériologie.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	}	BASSET.	}
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHIRAY.		HEITZ-BOYER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale.

MM.	
ÉCALLE.	}
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé.....	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Dont je n'oublierai jamais les sacrifices,
faible gage de mon amour filial.*

A MON ONCLE LALOU

*Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma
profonde reconnaissance pour tout ce qu'il
à fait pour moi.*

A MES FRÈRES ET SOEURS

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

Professeur de Clinique Ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a inspiré cette thèse et nous a
fait le très grand honneur d'en accepter la
présidence.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre respectueuse admiration.*

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INFLUENCE DES CONJONCTIVITES AIGÜES SUR LE TRACHOME

Introduction.

MM. Morax et P.-J. Petit définissent le trachome : une affection chronique dont l'évolution vers la guérison spontanée peut s'observer dans un assez grand nombre de cas, surtout lorsque l'infection a été contractée dans la première enfance.

Cependant jusqu'à l'ère pastorienne cette affection, d'ailleurs improprement appelée ophtalmie granuleuse, évoque l'idée d'une inflammation aiguë, accompagnée de suppuration. Cette confusion vient de son association avec des conjonctivites aiguës, association dont la fréquence est considérable, notamment en Afrique du Nord, où l'hygiène des indigènes qui vivent en agglomération est fort précaire. C'est cette association du trachome et des conjonctivites aiguës que les Anciens appelaient, trachome aigu.

MM. Cuenod et Nataf ont attiré l'attention sur elle. Ils constatent avec juste raison, que la conjonctivite

crée un terrain favorable à l'éclosion du trachome, et que celui-ci d'autre part, en rendant la muqueuse plus vulnérable, favorise le développement souvent exubérant et, le maintien parfois très prolongé de toutes les formes connues de conjonctivites. Pour eux, il se forme une sorte de symbiose pathologique, qui trompe souvent le clinicien, et, dont la dissociation quoi qu'établie, en principe, reste souvent difficile dans la pratique courante. En effet, ces conjonctivites aiguës perdent alors une partie de leurs caractères propres et le trachome sous-jacent lui-même devient souvent méconnaissable.

Ainsi on peut concevoir l'ophtalmie granuleuse comme étant un complexe, où le trachome pur est le « substratum » et la conjonctivite granuleuse le « complément » (Cuenod et Nataf).

Si l'on sait en outre, que la plupart des malades consultent dans les dispensaires pour des conjonctivites purulentes, et, que d'autre part, le diagnostic de trachome est fait presque à chaque fois, on comprendra l'intérêt que présente l'association : trachome-conjonctivite.

Ainsi donc si le trachome est bien une entité morbide, s'il évolue de lui-même, vers une guérison plus ou moins complète, plus ou moins visible, sa pathogénie n'en est pas moins étroitement liée aux conjonctivites banales, qui l'aident à éclore souvent, et qui aggravent ses lésions toujours.

Après un bref rappel historique, et après avoir montré l'importance des conjonctivites aiguës et du tra-

chome dans les pays chauds, nous essayerons d'établir
l'influence des conjonctivites sur :

- l'étiologie du trachome,
 - sa symptomatologie,
 - ses complications et son évolution.
-

Historique.

C'est à Morax, que revient le mérite d'avoir montré que le trachome est une affection chronique.

Jusque-là, on englobait sous le nom de trachome les différentes conjonctives aiguës et l'ophtalmie granuleuse.

C'est ainsi que pour les Anciens (Dioscoride) il existe un trachome aigu et un trachome chronique. De même pour les Arabes : Ali ben Aïssa (x^e siècle) appelle le trachome « Djrab El Aïnin » ou gale des yeux et divise son évolution en quatre périodes. La première correspond à la présence sur les paupières de grains analogues à ceux de la rougeole sur la peau. A la troisième période, la paupière prend l'aspect de la figue éclatée. Mais à côté de ces descriptions justes et imagées Ali ben Aïssa fait de la deuxième période un tableau qui est celui de toutes les ophtalmies purulentes et où se trouvent mêlées la symptomatologie de la conjonctivite weeksiennne, celle de la conjonctivite diplobacillaire et celle de la conjonctivite blennorragique.

Cette confusion régnera jusqu'à l'ère pastorienne. C'est ainsi que l'ophtalmie d'Orient que contractèrent

les Croisés, l'ophtalmie d'Egypte qui atteignit l'Armée de Bonaparte et des Anglais, l'ophtalmie Algérienne qui frappa les armées de la Conquête, ne correspondent pas à une entité morbide comme on le croyait alors.

Les découvertes successives de Weeks (1886) qui définit la conjonctivite qui porte son nom, de Kartulis (1887) qui mit en évidence l'origine gonococcique de certaines conjonctivites purulentes, de Morax (1887) qui isola la conjonctivite diplobacillaire, permirent à ce dernier de donner un cadre nosographique au trachome.

En 1901, il établit la liaison des conjonctivites aiguës avec le trachome et leur donne, dans ce cas, le nom d'affections superposées.

Depuis les médecins travaillant en Egypte (Mac Callan) en Tunisie, (Cuenod et Nataf) en Algérie, (Cange-Sergent et bien d'autres) en Indochine (Motaïs), etc... se sont efforcés d'établir les rapports des conjonctivites et du trachome. C'est en nous inspirant de leurs travaux que nous avons essayé de préciser cette question.

Fréquence du trachome et des conjonctivites dans les pays du trachome.

Fréquence du trachome.

Le trachome est une des maladies les plus répandues, et des plus anciennes. Il existe dans le monde un nombre considérable de trachomateux, plusieurs centaines de millions d'individus.

ASIE.

Ce sont les régions de l'Asie centrale et surtout le Turkestan, qui sont le plus anciennement et le plus gravement atteintes. Pour Van Millingen le nombre des trachomateux était de 90 pour 100 habitants, il y a trente ans. Il ne semble pas que cette proportion ait changé.

Les statistiques générales les plus récentes, celles de Stanculeanu, montrent que l'Asie est fortement atteinte.

En *Chine*, la proportion atteint jusqu'à 70 % dans certaines régions.

Au *Japon*, elle était de 25 % il y a vingt-cinq ans, aujourd'hui, elle paraît réduite à 10 ou 20 %.

En *Indochine*, les travaux de Bouvier et de Talbot, de Collin, montrent la gravité de la contamination. Au *Tonkin* 50 à 60 %. En *Annam*, la moyenne est de 50 %.

Aux *Indes Anglaises*, 10 à 20 %.

En *Arabie*, 30 %.

En *Syrie* et en *Palestine*, la proportion varie entre 15 et 51 % dans les écoles.

AFRIQUE.

Ce continent est aussi l'un des plus gravement atteint.

Le principal foyer a été de tout temps *l'Égypte* où existent 80 trachomateux pour 100 habitants, et 80 à 93 % de la population scolaire au Caire (Morax-Lakah).

D'*Égypte*, le trachome s'est répandu à diverses époques sur toutes les côtes de la Méditerranée.

En *Tripolitaine*, il n'y a pas de statistiques, mais les médecins de Tunisie, qui soignent les indigènes croient à sa grande fréquence.

En *Tunisie*, d'après les recherches de Cuenod et Nataf le pourcentage dans les régions du Nord est de 10 à 20 %. Cette proportion s'élève à mesure que l'on s'approche du Sud. Dans les oasis où la population est uniquement ou presque indigène, l'absence de tra-

chome est une rareté. Parmi les élèves de l'école de Tozeur, on trouve 90 % de trachomateux. Au cours d'une inspection, Jeannot n'a trouvé que 4 enfants indemnes sur 416 examinés. A la clinique de MM. Cuenod et Nataf à Tunis, la proportion des trachomateux relativement aux autres affections oculaires est depuis plus de vingt ans environ de 50 %.

En *Algérie*, la situation est presque la même. La proportion de 10 % donnée en 1900, par Bruch, est loin de la vérité. Cette proportion est celle des régions du Nord et des populations nomades. Mais chez les indigènes vivant en agglomération dans les Hauts-Plateaux, la fréquence du trachome atteint parfois 100 %. Dans l'Est-Oranais où existe une population espagnole besogneuse le trachome est également fréquent chez les Européens. Dans un village exclusivement espagnol, Sergent et ses collaborateurs ont relevé une proportion de 66 % Bidault dans l'oasis d'El Oued (Dpt. de Constantine), a fait une intéressante statistique sur la population infantile de cette oasis. (Nous en reparlerons dans le chapitre : Influence des conjonctivites sur l'étiologie du trachome). Il note que la fréquence du trachome augmente avec l'âge de l'enfant. Chez les bébés de moins d'un an, la proportion et de 65 %, elle serait de 67 % dans la 2^e année, de 86, 88, 99 % au cours des 3^e, 4^e et 5^e année. Chez les enfants de plus de 5 ans l'absence de trachome est l'exception.

D'après Toulant, l'index trachomateux, dans le département d'Alger, parmi la population scolaire

varie de 7 à 20 % chez les Européens et de 40 à 85 % chez les indigènes.

Au *Maroc*, les statistiques sont comparables à celles de la Tunisie et de l'Algérie, elles seraient même un peu meilleures. Pour Lefort, le trachome est en diminution dans les écoles depuis 1920. De 10 à 20 % il serait tombé en quelques années à 2-3 %.

En *Afrique Centrale*, d'après Jamot et Motais, le trachome endémique au Nord et à l'Est du lac Tchad, commence à apparaître avec régularité au-dessous de 12^o, et là, s'insinue lentement du Nord au Sud le long des voies de communication.

AMÉRIQUE.

En *Amérique*, on a signalé depuis longtemps des centres d'infection trachomateuse en divers points du continent, soit au Nord soit au Sud.

EUROPE.

En *Europe*, du fait de la guerre 1914-1918, le trachome s'est aggravé et disséminé en Europe.

En *Russie*, les statistiques de 1925 donnent 800.000 trachomateux.

En *Pologne*, 1,4 %.

En *Roumanie*, le pourcentage est de 1 à 2 %, la Bessarabie qui est très touchée exceptée.

En *Serbie*, la région de Belgrade compte 14,2 % de trachomateux.

En *Grèce*, d'après Dascalopoulos, les départements les plus touchés sont l'Attique et la Béotie 20,5 %, l'Achaïe et l'Elide 19,7, l'île de Tante 32 %.

En *Italie*, le trachome y est abondant le long des côtes, principalement sur le pourtour de la mer Ionienne. Il existe deux foyers, l'un au Sud comprenant la Sicile et la Sardaigne avec une proportion de 36 %, l'autre au Nord dans la Lombardie et la Ligurie avec une proportion de 11 %.

En *Espagne*, surtout sur le littoral méditerranéen avec un maximum de 5 %. Il en est de même pour le Portugal.

En *Allemagne*, le trachome n'existe que dans la Prusse orientale 3 %.

En *France*, l'augmentation des cas de trachome depuis la guerre est réelle, mais nullement inquiétante, exception faite pour Marseille. Pour Morax « cet accroissement résulte uniquement de l'émigration trachomateuse ».

* * *

Cette répartition géographique sommaire suffit à mettre en évidence l'importance du mal, notamment dans les pays les moins évolués où la population est dense, où l'hygiène est précaire, et où les soins médicaux font souvent défaut.

Fréquence des conjonctivites dans les pays de trachome.

Dans tous ces pays, les statistiques prouvent également l'étendue et la fréquence des conjonctivites aiguës.

D'une manière générale, ces infections conjonctivales aiguës y sont plus nombreuses du printemps à l'automne, c'est-à-dire durant cinq mois de l'année. Si l'on compare la courbe des cas de conjonctivites avec celle de la température, on constate qu'elles sont parallèles. En outre, la proportion des enfants atteints au cours des chaleurs est très considérable alors que la variation de fréquence est de 1 à 8 chez les adultes, elle est de 1 à 60 chez les enfants.

Les statistiques faites sur 966 cas par Lakah et Khouri à Alexandrie, montrent la fréquence des conjonctivites à bacille de Wecks et gonococciques, et la rareté relative des conjonctivites à pneumo et à diplobacilles.

Sur 966 cas :	15 cas de conjonctivites à diplobacilles	
12 —	—	pneumobacilles
523 —	—	Wecks
257 —	—	Gonocoques

Motais, en Cochinchine, souligne aussi l'importance des conjonctivites : sur 3.889 malades soignés par lui, 1.341, c'est-à-dire le tiers à peu près, étaient atteints de conjonctivites diverses, et 1.500 étaient trachomateux.

L'examen bactériologique de 500 malades a donné :

35 %	de conjonctivite à	bacille de Wecks
17 %	—	Morax
16 %	—	Gonococciques
2,5 %	de conjonctivites	W. et M.
2,4 %	—	Germes pyogènes divers (pneumobacille, staphylocoque, streptocoque).
27 %	résultats indéterminés.	

Sur 200 malades atteints de conjonctivites aiguës ou subaiguës, sans trachome :

53 %	Wecks
19 %	Morax
7 %	W. et M.
1 %	bactéries diverses
20 %	résultats indéterminés.

Sur 80 malades atteints de conjonctivites nettement purulentes :

90 %	Gonocoque
2 %	Wecks ou pneumocoque
8 %	résultats indéterminés.

Sur 160 malades atteints de trachome granuleux suintant :

30 %	Wecks
23 %	Morax
4 %	Wecks et Morax
6 %	bactéries diverses
37 %	résultats négatifs.

Sur 60 malades atteints de trachome cicatriciel suintant :

25 %	Wecks
27 %	Morax
30 %	Wecks et Morax
10 %	bactéries diverses
35 %	résultats négatifs.

En 1916, en Palestine, Feigenbaum, du mois de mai à octobre inclus, constate sur 4.851 nouveaux malades 3.889 cas de catarrhe muqueux ayant l'aspect clinique de conjonctivite K. W. dont 169 cas, soit 5 %, avec une complication de la cornée. Au mois d'avril il voyait environ 900 malades par jour. Sur 390 examens de la sécrétion conjonctivale, au cours de cas plus ou moins graves, il trouva :

288 cas à bacille K. W seul.
19 cas — associé au diplobacille de M.
64 cas négatifs

Les 19 autres cas montrèrent l'existence de :

Diplobacille de M. dans 7 cas
Gonocoque..... 7 —
Pneumocoque..... 5 —

La conjonctivite aiguë à bacille de Wecks est la plus fréquente en Algérie. La conjonctivite à bacille

de Morax affecte sensiblement la même fréquence chez les trachomateux.

La conjonctivite gonococcique est plus exceptionnelle en Algérie. Les bactéries pyogènes banales (pneumo-staphylo-streptocoque) sont plus souvent observées dans les conjonctivites de trachomateux cicatriciels que dans celles des autres catégories de maladie.

La conjonctivite à bacille de Wecks, peu fréquente en hiver, prend un caractère épidémique en été et présente deux acmés l'un au début, l'autre à la fin des fortes chaleurs. Elle a été observée en Algérie par Folin et Gros. C'est une conjonctivite bénigne, mais qui affecte parfois et notamment au cours de la saison chaude, une gravité qu'on ne lui connaît pas en France. Après une phase de début très courte, elle se traduit par un œdème conjonctival et palpébral important et une sécrétion purulente abondante. Dans les formes moyennes son évolution n'excède pas quatre semaines, mais il arrive qu'elle se complique d'ulcère et même de perforation de la cornée.

La conjonctivite diplobacillaire a un début insidieux : rougeur, sécrétion peu marquée, puis la conjonctivite se cantonne à l'angle interne de l'œil, le bord palpébral réagit par un peu d'eczéma et l'évolution est fort longue. Les complications cornéennes sont exceptionnelles.

La conjonctivite gonococcique n'est guère plus répandue en Algérie qu'en France. Souvent on a pris

pour des conjonctivites gonococciques des conjonctivites à bacilles de Weeks.

Enfin, le Dr Toulant a décrit une conjonctivite folliculaire aiguë « qui rappelle la conjonctivite de Parinaud et qui n'est pas rare en Algérie : elle se traduit par une rougeur assez vive et un épaissement de la conjonctivite avec production de follicules assez volumineux qui ressemblent parfois beaucoup à un trachome évolutif. Le ganglion pétragien est généralement hypertrophié et douloureux. La durée est souvent très longue, d'un an et même davantage, si la maladie n'est pas traitée d'une façon suffisante ».

L'influence néfaste de ces affections aiguës sur le trachome en évolution se fait surtout sentir au cours de la saison chaude, c'est à ce moment aussi que l'on va assister à une véritable éclosion de nouveaux trachomes.

Influence des conjonctivites sur l'étiologie du trachome

M. Petit qui ne croit pas à l'action aggravante des infections superposées sur le trachome reconnaît cependant que la majorité de ces infections, pour la plupart si facilement transmissibles, favorisent la contagion du trachome. Nicolle, Cuenod et Blaizot ont montré dans leurs travaux sur le trachome expérimental, combien l'infection trachomateuse se produit plus facilement à la faveur d'un léger traumatisme. L'inflammation de la muqueuse pendant l'infection faciliterait donc le développement du virus trachomateux.

Il semble aussi à Morax, que l'infection trachomateuse puisse succéder à une infection conjonctivale aiguë (Wecks-Gonocoque), mais il n'admet pas absolument cette hypothèse, car c'est pour lui une éventualité qui résulte davantage d'une impression clinique que d'une démonstration rigoureuse. L'infection trachomateuse chez l'enfant étant le plus souvent latente, c'est à l'occasion d'une conjonctivite aiguë que l'examen méthodique fait constater la présence des granulations.

« S'il était établi, ajoute-t-il, que l'infection conjonctivale aiguë facilite la contamination trachomateuse, le rôle des conjonctivites aiguës, fréquent dans les contrées où le trachome est endémique pourrait acquérir une grande importance dans la diffusion de l'infection chronique ».

Certes, une démonstration rigoureuse aurait constitué un argument d'une valeur décisive, mais il est certains faits cliniques qui ne peuvent nous laisser insensibles et l'observation de Sedan sur un cas de contamination de trachome chez un adulte à la suite d'une conjonctivite à diplobacilles de Morax est impressionnante.

Le nommé G... examiné par M. Sedan, en 1920, pour l'obtention d'un certificat de non trachome a des conjonctives parfaitement saines.

Il est revu en juin 1924, pour corps étranger de la cornée, il est rentré d'Amérique depuis quatre mois, et doit se marier avec une jeune italienne de 19 ans, présentant ainsi que trois membres de sa famille un trachome floride. A ce moment vérification de l'intégrité de ses conjonctives.

En février 1925, cinq mois après son mariage : conjonctivite subaiguë à type nettement angulaire et avec une assez abondante sécrétion (affection bilatérale d'emblée).

Les culs-de-sacs conjonctivaux ne présentent aucune saillie folliculaire. La guérison est rapide, sans aucun incident cornéen par le collyre au sulfate de zinc à 1 %.

Les frottis avaient révélé la présence du diplobacille de Morax.

Pas de récédive de l'affection.

En mai 1925, G... consulte à nouveau : yeux rouges, moyennement œdédiatiés, sécrétant abondamment (rars coccis, beaucoup de fibrine, peu d'éléments figurés'. La conjonctive palpébrale supérieure à l'aspect du trachome floride. L'œil droit malgré un traitement intense présente un pannus.

Cette observation de trachome acquis semble indiscutable. Elle s'ajoute à celle signalée par A. Ter-son (réserviste, horloger à Paris, gravement contaminé pendant la guerre dans une unité marocaine où il servait), de Morax (médecins contaminés par des trachomateux), du professeur Turk, cas professionnels de Jeandelize et Bretagne (contamination en Lorraine des ouvriers d'usines métallurgiques, d'une religieuse de dispensaire soignant des trachomateux), du professeur Aubaret, de Schousboë, etc... Celui-ci en particulier, examinant le contingent de recrues métropolitaines à son arrivée à Constantine, trouve 1,07 % de trachomateux (avril 1921). En novembre 1921 le pourcentage est passé à 6,37 %. Schousboë estime que la contagion trachomateuse que l'on ne peut pas nier, ne s'effectue que dans certaines conditions prédisposantes, dans le cas de conjonctivites antérieures.

Le bacille de Wecks semble le plus apte à faire le lit du trachome. On vient de voir cependant que le diplobacille de Morax peut et doit être également

mis en cause. Il peut être aussi le « phénomène déchaînant » de la granulation.

Sedan rapporte l'observation de trois enfants arméniens constatés indemnes de trachome pendant deux ans quoique vivant avec une mère trachomateuse, floride et contagieuse, mais soigneuse et bien traitée, qui ont été contaminés en même temps par le père, peu après que celui-ci, inapte à appliquer toute espèce de précaution, eut présenté une conjonctivite causée par le diplobacille de Morax.

Cette observation montre encore, outre l'extrême contagiosité du virus trachomateux associé au diplobacille, le réel danger de contamination par des objets souillés tant par le virus trachomateux que par le bacille de Morax.

Le D^r Rossi de Naples rapporte l'histoire clinique de deux malades, chez lesquels on put constater l'éclosion d'un trachome typique après une conjonctivite aiguë à bacilles de Weeks :

1^o Femme de 27 ans, adénoïdienne, sans aucun passé oculaire.

En janvier 1925, elle présente une inflammation conjonctivale aiguë à gauche. L'examen bactériologique met en évidence le bacille de Weeks. La malade se soigne assez mal et un mois après, à l'occasion d'un abcès du sac lacrymal gauche, on constate une hyperémie des deux yeux, de gros follicules dans le fornix conjonctival inférieur et une hyperplasie papillaire très légère de la conjonctive tarsienne supérieure.

En mars, pannus cornéen gauche, à droite, gros follicules disséminés dans l'épaisseur de la muqueuse du fornix inférieur, grosses papilles sur la conjonctive supérieure du tarse et granulations dans le fornix conjonctival. A gauche altérations analogues.

2^o Homme de 32 ans, ayant souffert dans son enfance de poussées naso-pharyngiennes. A l'âge de 9 ans, affection oculaire ayant laissé des opacités cornéennes. Habite un pays riche en conjonctivites et en trachomes.

Janvier 1926, aux deux yeux forte inflammation conjonctivale avec examen bactériologique à Wecks positif. Cinq semaines après, trachome typique des deux yeux avec léger pannus cornéen à gauche.

Motais cite 3 cas observés par lui à Hanoï et qui ne sont pas moins intéressants.

OBSERVATION N^o I

Un enfant âgé de 7 ans se présente le 18 septembre 1924 avec une conjonctivite légère à bacille de Wecks, sans granulations et sans œdème de la muqueuse. Instillation de NO³AG pendant sept jours.

Le 25, léger granité à l'angle externe gauche, les yeux suintent encore, et sont légèrement irrités.

Le 30, les conjonctives tarsiennes ont les organes folliculo-glandulaires infiltrés et présentent des granulations externes. L'enfant est traité par le SO⁴CU.

Le 2 octobre, des granulations *finas mais très nettes* se

sont étendues sur toute la conjonctive tarsienne. Les yeux sont toujours suintants.

Le 4 novembre, amélioration.

Le 9 novembre, le suintement est minime, les granulations persistent mais ne progressent pas.

Le 14, l'enfant vu pour la dernière fois, ses cils sont collés le matin. Ses yeux sont blancs mais les conjonctives restent granuleuses.

OBSERVATION N° II

Son cousin L..., âgé de 5 ans, l'accompagne à la consultation le 2 octobre. Il présente à son tour de la conjonctivite aiguë à bacille de Wecks, assez bénigne et sans granulations.

Le 4 octobre, sa conjonctivite traitée au NO³AG va un peu mieux, mais ne guérit pas parfaitement.

Le 7 octobre, des granulations très nettes, sont apparues, les yeux sont rouges. Il a des croûtes ciliaires. Il est traité par le collyre au SO⁴CU.

Le 9, le trachome est tellement confirmé qu'on pratique des attouchements au crayon SO⁴CU.

Le 14, ses yeux non guéris ne le font plus souffrir. Il disparaît comme son cousin.

OBSERVATION N° III

Un autre malade, âgé de 10 ans, vint à la consultation le 10 mai 1924 avec une conjonctivite aiguë sans granulations. Il se fait soigner du 10 au 25 au NO³AG, est très amélioré et disparaît.

Six jours après, il revient avec les yeux rouges, larmoyants et des granulations aux angles, et, sur tout le rebord tarsien. Les replis semi-lunaires, sa caroncule sont infiltrés. Il est soumis au SO⁴CU.

Il se laisse traiter trois semaines, et disparaît au moment où ses yeux étaient devenus calmes, secs, blancs, mais ayant toujours sur la face interne des paupières un granité très sec.

Toutes ces observations sont la démonstration que réclamait Morax pour établir l'action préparante des conjonctivites aiguës ou subaiguës à l'égard du trachome.

Cette action des infections superposées a également impressionné ceux qui ont étudié le trachome en Egypte. Le professeur Ruata pense que l'étiologie du trachome repose sur deux facteurs. Le premier serait un facteur de fond, « un substratum », qui selon quelques-uns est d'origine constitutionnelle, selon d'autres est représentée par un agent parasitaire spécifique. Ce facteur quelle que soit son origine n'est pas capable à lui seul de donner des manifestations de trachome actif, celles-ci apparaissent seulement à la suite du deuxième facteur complémentaire, représenté par les infections bactériennes surajoutées, qui auraient une action de sortie, tandis que le premier facteur aurait seulement un rôle préparant.

Junes (Tunisie), est frappé lui aussi, par la façon dont paraît souvent se développer le trachome, sur des conjonctives préalablement visitées par une con-

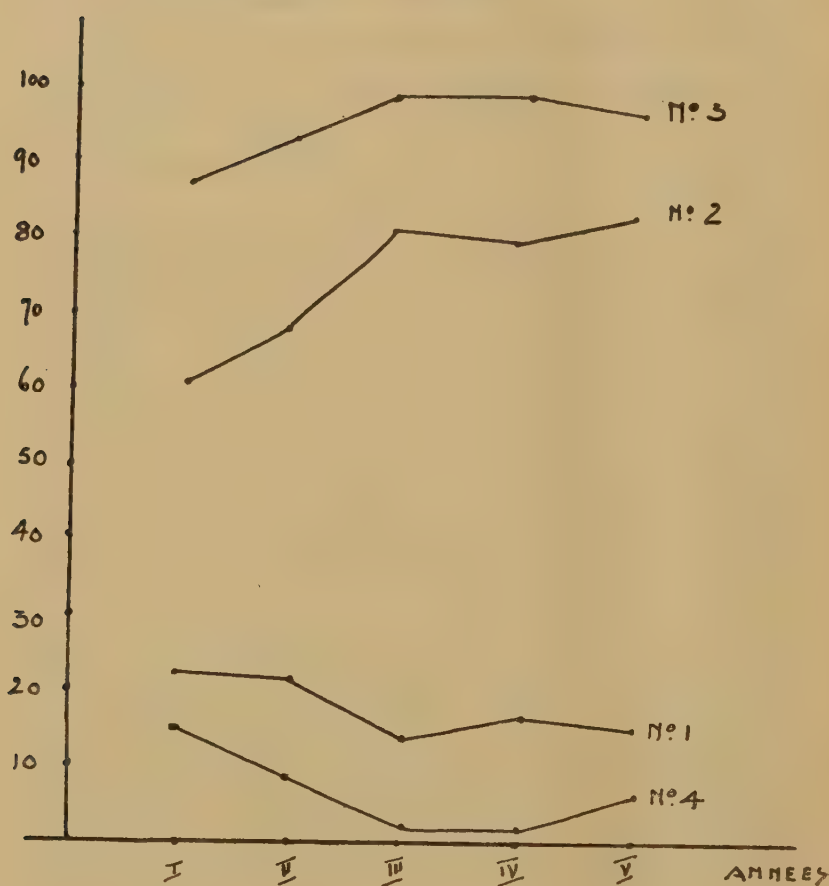
jonctivite aiguë de nature contagieuse, et particulièrement par le bacille de Weeks. Pour lui, les choses se passent ainsi : un individu est atteint d'une conjonctivite à bacille de Weeks compliquée d'accidents cornéens. La lésion conjonctivale guérit, sans laisser de traces, et, la muqueuse reprend son aspect primitif lisse et rosé. Le sujet, continuant à venir se soigner en raison de la complication cornéenne, Junes peut à loisir observer ce qui se passe sur sa conjonctive et il remarque qu'au bout de quelque temps des infiltrations granuleuses apparaissent à la paupière supérieure, soit aux deux angles sous une forme discrète et avec des contours bien délimités, soit sous une forme légère elle aussi, mais plus diffuse et généralisée à toute la paupière. Il y aurait ainsi une relation frappante de cause à effet entre la conjonctivite aiguë contagieuse et les granulations trachomateuses.

En 1923, il soigne 75 conjonctivites à bacilles de Weeks dont 15 étaient déjà infestées de trachome. Parmi ceux qui étaient indemnes de trachome, une douzaine en ont présenté consécutivement à la conjonctivite aiguë, 9 étaient âgés de 5 à 12 ans, 3 étaient des adultes. Chez tous, le trachome est apparu du huitième au trentième jour après le retour de la muqueuse à l'état normal.

Il y a là conclut Junes, un ensemble de constatations cliniques qui rend bien improbable la notion d'un trachome préexistant et latent, qui aurait été

tiré au jour, « déchaîné par une conjonctivite aiguë » intercurrente.

Personnellement nous ne croyons pas, comme lui,



que la conjonctivite est tout dans l'éclosion du trachome, elle est seulement un facteur prédisposant.

Bidault a établi une statistique du trachome et des conjonctivites aiguës sur les enfants âgés de moins

de 5 ans, pour essayer d'éclairer la genèse du trachome.

Ces courbes indiquent en fonction de l'âge la proportion des sujets des catégories suivantes :

- enfants atteints de conjonctivite aiguë ou purulente (courbe n° 1) ;
- enfants atteints de troubles évolutifs : formes papillaires ou granuleuses (courbe n° 2) ;
- enfants atteints d'affections oculaires : trachome et conjonctivite aiguë (courbe n° 3) ;
- enfants indemnes (courbe n° 4).

La comparaison des courbes 1 et 2 frappe par leur développement inverse : fréquence croissante du trachome et fréquence de croissance des conjonctivites purulentes avec l'âge.

Ce fait est une présomption en faveur de la thèse que soutiennent plusieurs ophtalmologistes d'Algérie ; les conjonctivites banales font le lit du trachome, « il semblerait bien que le trachome s'étende dans une génération en suivant les atteintes de conjonctivites aiguës, que les enfants frappés par celles-ci une année se retrouvent trachomateux l'année suivante. Si la proportion des cas de conjonctivites purulentes est beaucoup plus faible que ces cas de trachome, c'est que ces conjonctivites ont une courte durée ; en deux ou trois semaines elles sont guéries, tandis que le trachome poursuit son évolution implacable ».

Pour la courbe 4, les conjonctivites aiguës se sont produites d'une part, chez des sujets trachomateux

qui du fait de l'aspect clinique modifié n'ont pas été classés dans la rubrique trachome, d'autre part, elles prépareraient un trachome à brève échéance. Cette courbe représente donc également l'extension du trachome avec l'âge.

Cette importance des conjonctivites sur l'étiologie du trachome a été résumée excellemment par Cuenod et Nataf :

« Une porte d'entrée est nécessaire pour l'inoculation du trachome. Les expériences de l'un de nous avec Nicolle, les cas où la contagion d'un sujet en contact permanent avec des trachomateux, n'a été réalisée qu'à la suite de traumatisme prouvant l'importance de cette porte d'entrée pour l'inoculation du trachome.

Souvent une conjonctivite, précède l'apparition du trachome ; ce qui a fait dire à certains comme Millet que le trachome n'est qu'une séquelle de ces inflammations aiguës. Il est facile de réduire à néant pareille hypothèse ; si le trachome n'était qu'une séquelle, qu'un des modes de terminaison de ces conjonctivites, pourquoi n'existe-t-il que dans certains pays ?

Pourquoi ne voyons-nous pas une conjonctivite évoluer en trachome en Suisse, en France, en Norvège, en Angleterre, au Canada, ou ailleurs ? C'est simplement parce que l'agent du trachome n'existe pas. Il est vrai que dans les pays à endémie trachomateuse, les conjonctivites y font littéralement « le lit du trachome », parce qu'elles traumatisent la con-

jonctive, et la desquament, parce qu'elles peuvent être vectrices du virus trachomateux ; la conjonctivite joue véritablement le rôle de « pionnier du trachome ». Mais malheureusement, même dans ces pays à endémie trachomateuse, les conjonctivites ne sont pas fatalement suivies de trachome. Dans le cas où le trachome succède à une conjonctivite, il est évident que celle-ci, aura favorisé ou servi d'agent vecteur au virus trachomateux ». (*Revue Médicale française*, déc. 1932.)

Influence des conjonctivites sur la symptomatologie du trachome.

En 1897, Fuchs, dans son manuel, faisait une description clinique magistrale, de l'association conjonctivites aiguës, trachome, qu'il appelait, comme ces contemporains, trachome aigu : « La maladie débute au milieu d'accidents inflammatoires très violents ; l'œdème des paupières, le gonflement intense de la conjonctive, l'abondance de la sécrétion purulente font presque songer à une blennorrhagie aiguë... Ces cas aigus se rencontrent particulièrement à l'époque d'une épidémie de trachome. Ils deviennent dangereux pour la vue, moins par le pannus qu'ils font naître que par les ulcères qui se développent pendant le stade aigu ».

Il entrevoyait ainsi déjà le danger de ces associations dans la propagation du trachome, et la gravité de son évolution.

Ruata dans une intéressante étude sur l'importance des infections secondaires dans le trachome, note le peu de signes cliniques que l'on observe dans le trachome pur, c'est-à-dire, exempt d'infections superposées. Il présente dans ce cas l'allure d'une affec-

tion à suite bénigne avec des manifestations cliniques tellement légères qu'elles peuvent passer inaperçues. Cette forme qui se laisse difficilement différencier de la conjonctivite folliculaire simple et qui a de grandes analogies avec le prétrachome de l'Ecole d'Angelucci guérit spontanément dans 30 % des cas. Elle s'oppose donc avec netteté, à celle décrite par Fuchs tant par sa bénignité que par les complications qu'elle entraîne.

Sedan, en Algérie, a bien remarqué que l'épisode de conjonctivite aiguë ne se contente pas de faciliter l'infection trachomateuse mais, exalte aussi le virus trachomateux, le rendant plus virulent et plus dangereux pour l'entourage.

A cette action favorisante, il faut reconnaître la grande fréquence de ces formes de trachome sécrétant. Francesco Mura, dans la province de Gagliari, rattache leur cause, à la facile superposition au processus trachomateux des affections aiguës produites par les bacilles de Koch-Wecks, Morax. Pneumocoques, etc...

Toujours, écrit Lefort (Maroc), lorsqu'un malade trachomateux se plaint de phénomènes aigus, il est possible de déterminer une affection surajoutée.

Mme Puscariu, qui a décrit ces formes associées en Roumanie, remarque aussi l'existence à côté des signes du trachome, des symptômes de l'infection associée avec leurs caractères bien définis. La sécrétion de chaque variété de conjonctivite a un aspect particulier :

- elle est mucopurulente dans la conjonctivite à bacille de Wecks ;
- purulente dans la conjonctivite gonococcique ;
- blanchâtre, accumulée aux angles dans la conjonctivite subaiguë ;
- plus épaisse, jaune dans la conjonctivite à pneumocoques.

En même temps, il se fait des modifications dans les caractères de la conjonctive : congestion avec des hémorragies dans la conjonctivite aiguë ; congestion, œdème palpébral, chémosis dans la conjonctivite gonococcique. Dans celle-ci la réaction inflammatoire est d'une violence extrême.

Ainsi la symptomatologie du trachome se trouve profondément modifiée. Il n'est donc pas étonnant que les auteurs anciens aient commis l'erreur d'assimiler l'association trachome-conjonctivites aiguës à une entité morbide. A l'heure actuelle encore, en l'absence de toute réaction biologique ayant fait ses preuves, le diagnostic est très difficile, si les signes cliniques sont modifiés. Ceux-ci ne retrouvent leur pureté, que lorsque ceux de l'infection surajoutée ont disparu sous l'influence d'un traitement approprié et d'abord dirigé uniquement contre eux.

Influence des conjonctivites sur l'évolution et les complications du trachome.

C'est pendant les mois d'été (avril à novembre), constate Ruata, en Egypte, que le trachome évolue d'une façon floride et active et avec toutes ses complications, celles-ci coïncidant avec les périodes de floraison virulente des infections oculaires, qui prennent à ce moment-là une véritable allure épidémique.

Au point de vue étiologique, ces infections sont dominées comme nous l'avons déjà vu par les bacilles de Koch, Wecks, de Morax et par le gonocoque, mais elles sont aussi associées à une flore oculaire mixte qui acquiert une vitalité exceptionnelle au cours de la saison chaude.

Il apparaît ainsi que l'infection surajoutée joue un rôle considérable dans l'évolution du trachome. Nul à l'heure actuelle ne peut le nier. Mais nous nous refusons encore à croire que l'infection est tout, et qu'un trachome pur évoluera certainement d'une façon bénigne.

Lefort qui a eu l'occasion de voir des ulcères cor-

néens d'une extrême gravité juge bon de signaler la gravité de ces associations.

Morax et Petit remarquent que la superposition de l'infection gonococcique au trachome est la plus grave, et selon eux le plus grand nombre des leucomes cornéens, des atrophies du globe oculaire que l'on observe chez les trachomateux en Egypte, en Tunisie, en Algérie, au Maroc, n'ont d'autres causes que les kératites gonococciques.

On reconnaîtra l'inflammation gonococcique à ses symptômes réactionnels violents, à l'œdème palpébral, à la suppuration conjonctivale, au chémosis, et à la présence de gonocoques dans la sécrétion oculaire.

La kératite ulcéreuse gonococcique chez les trachomateux ne diffère pas de celle que l'on peut observer sur un œil antérieurement normal. Elle peut aussi fréquemment évoluer vers la destruction d'une partie importante de la cornée vers la perforation avec atrophie du globe. Il y a certes des cas de pannus graves de la cornée qui ont été grandement améliorés ou guéris par l'évolution d'une conjonctivite gonococcique. Mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels.

Motais a fait en Indochine une très intéressante étude sur l'évolution et les complications du trachome et conjonctivites associés.

Comme tous les médecins des pays chauds, il constate que le trachome qui évolue habituellement avec lenteur, régularité, et sans grand dommage est réveillé, exacerbé par des attaques de conjonctivites

aiguës. La majorité des trachomateux, qui suintent, les « trachomateux, fluents » comme les appelle le professeur Turc, sont des porteurs de virus surajoutés. C'est pourquoi Motais estime que le terme de trachome aiguë donné par les anciens, au syndrome trachome + conjonctivite est juste dans une certaine mesure.

C'est toujours au moment où l'œil du trachomateux devient irrité, rouge, sécrétant, au moment où il subit une attaque de virus surajouté que se fait la poussée de granulations, de pannus, que se produisent les ulcères clairs, les facettes et les petites infiltrations grises, arrondies, superficielles, que Morax appelle de « véritables granulations cornéennes ».

Voici deux observations de Motais très caractéristiques :

OBSERVATION N° IV

Le 10 octobre 1924, un employé âgé de 51 ans, entre à la clinique avec le diagnostic de trachome granulo cicatriciel et pannus. Sa maladie qu'il fait remonter à trois ans (?) s'est manifesté par des crises de rougeurs, larmoiement, photophobie, la crise actuelle remonterait à cinq jours.

A son entrée, O. D. et O. G. conjonctive bulbaire très rouge, conjonctive tarsienne fortement atteinte de lésions granulo-cicatricielles — léger pannus — pas d'affection des voies lacrymales, pas de sécrétion.

Il est traité pendant dix jours avec le SO⁴CU, bleu de méthylène et injection de cyanure de mercure à 1/2.000. Le 26 octobre, crise aiguë de pannus. Les cornées s'obscur-

cissent en haut et sont sillonnées de nombreux vaisseaux. Elles sont parsemées de nombreuses petites infiltrations grises superficielles. Les sécrétions deviennent abondantes. L'examen de celles-ci montre de nombreux bacilles de Wecks. Une cure de NO^3AG est institué et au bout de quatre jours les yeux deviennent blancs, le pannus s'efface presque complètement, les sécrétions et la photophobie disparaissent et le malade sort de la clinique en excellent état.

OBSERVATION N° V

Le 14 octobre 1924, un secrétaire annamite, entre à la clinique, pour trachome cicatriciel et accès aigu de pannus.

O. D. et O. G. trachome cicatriciel, cils en bonne position.

La conjonctive bulbaire est injectée à droite et un peu à gauche. Pannus assez épais et envahissant à droite, moins grave à gauche, ulcérations claires et superficielles des deux côtés.

Traité par trois injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure à 1/2.000 et crayon SO^4CU . Il se fait une amélioration, puis le 26 octobre, les deux yeux sont redevenus rouges, photophobes, irrités, les deux cornées sont exfoliées, à la partie supérieure leur épithélium est trouble, les pannus sont redevenus très inquiétants.

Le 29, prélèvement des sécrétions qui sont abondantes, les bacilles de Wecks n'y sont pas rares. En quatre jours, tout se calme par le NO^3AG à 1 %.

Le 2 novembre, rechute, nouveau traitement, le malade sort le 25 complètement guéri.

On pourrait objecter que ces phénomènes ne sont dus qu'à une simple irritation produite par les bacilles de Wecks, comme celle produite par les attouchements au SO^4CU , les injections sous-conjonctivales, le NO^3AG et que nul n'ignore. Il y a eu autre chose qu'un simple surajoutage. Il s'est fait une sorte de symbiose (pour employer le terme de Cuenod et Nataf), qui a aggravé le mal. « Il y a eu, déclare Motais, un surenchérissement, une combinaison malfaisante duesans doute d'une part à l'action mécanique et trophique du trachome cicatriciel qui enlève à la muqueuse sa douceur, qui perturbe la composition des sécrétions glandulaires, et d'autre part à l'action infectieuse du bacille dont les propriétés pathogènes se portent avec autant d'électivité sur la conjonctive normale que sur la conjonctivation trachomateuse anormale de la cornée ».

Cesont ces poussées de conjonctivites qui aggravent le trachome granulo-cicatriciel à tous les stades de son évolution et qui aboutissent par étape à la quasi cécité.

Il faut donc avant tout s'attaquer énergiquement aux conjonctivites pour éviter l'aggravation du trachome et même pour diminuer son importance.

Adamantiadis note l'influence particulièrement néfaste de la conjonctivite sur les yeux trachomateux surtout dans les pays chauds où conjonctivite à bacilles de Wecks et trachome se trouvent en abondance.

Les signes de ces deux maladies se confondent tellement que certains oculistes, exerçant dans ces

pays (Millet, *Annales d'oculistiques*, 1924) sont allés jusqu'à exprimer l'idée que le trachome n'est qu'une conjonctivite chronique succédant à une conjonctivite antérieure, ou qu'une conjonctivite aiguë antérieure est une condition nécessaire pour le développement du trachome (Motais, *Annales d'oculistiques*, 1925).

En tout cas pour lui, il est deux points d'observations indiscutables :

1° Chez certains malades, surtout enfants, l'infection trachomateuse qui est peut-être latente, jusqu'à ce moment, se manifeste dans le décours d'une conjonctivite aiguë. Il admet la latence du trachome parce qu'il a presque toujours remarqué qu'il y avait du trachome dans la famille de ces enfants ;

2° La marche de la conjonctivite chez les trachomateux est beaucoup plus longue et favorise l'apparition de complications du côté de la cornée ou aggrave celles qui existent déjà.

Adamantiadis insiste sur une forme de kératite très grave rencontrée sur les yeux surinfectés par le bacille de Weeks.

Il s'agit d'une sorte de kératite ulcéreuse dont l'ulcération a la forme d'un sillon horizontal. Elle diffère des autres formes de kératite ulcéreuse décrites par des caractères spéciaux :

L'ULCÉRATION.

- a) Se localise à la partie moyenne de la cornée sur le méridien horizontal ;

- b) Forme un sillon profond et la perforation se fait au milieu. Elle se distingue des kératites communes qui sont superficielles en forme d'arc, et où très souvent la perforation a lieu à la périphérie. Si le traitement est commencé tard, il se fait souvent une hernie de l'iris ;
- c) Un néphéliion ou un leucome en ruban remplace plus tard le sillon ulcéré ;
- d) L'ulcération ne se complique pas d'hypopyon ;
- e) Elle a une marche très rapide : en deux ou trois jours la cornée est prise et vite rougie en profondeur.

Le pronostic est très grave, cependant il peut être amélioré par un traitement précoce.

Lorsque l'évolution de l'ulcération est enrayée et que la perforation est évitée, il persiste une opacification cicatricielle centrale qui peut dans la suite, rendre nécessaire une iridectomie.

Mme Puscariu signale à son tour l'importance et la nature des complications que l'on rencontre dans les infections surajoutées.

Il y a souvent constate-t-elle une kérato conjonctivite phlycténulaire associée, évoluant comme une légère infection bulbaire, parcellaire, dogmentaire qui arrive toujours jusqu'au limbe. En même temps que la conjonctive palpébrale infiltrée de tissu trachomateux présente de la congestion, la photophobie est marquée ce qui n'existe pas dans le trachome simple. Elle a vu aussi des cas avec phlyctènes, infil-

trations cornéennes qui s'ulcèrent aboutissant même à des perforations avec hernie de l'iris, ce qui n'arrive pas avec des ulcères cornéens d'origine purement trachomateux.

Feigenbaum, en Palestine se basant sur 3.389 cas de conjonctivite à bacilles de Wecks, rapporte des faits d'observations d'une grande valeur.

Il décrit une lésion qu'il appelle « scrofuleuse » et qui apparaît chez les petits enfants à la suite des conjonctivites à bacilles de Koch-Wecks, c'est un gonflement de l'épithélium cornéen sur une largeur de 1 mm. à 1 mm. 5, autour du limbe. Le plus souvent, il s'y associe une intense infection périphérique, et une forte photophobie qui rétrocedent habituellement après les premiers jours de traitement.

Si ces troubles légers à l'aspect de buée s'obscurcissent par place, deviennent des infiltrats ponctués, gris, bien visibles, ils annoncent des complications plus graves de la cornée.

Dans la règle, celles-ci apparaissent isolément à la périphérie, mais ensuite, elles confluent souvent formant des infiltrats courbes parallèles au limbe. Parfois ces infiltrats sont isolés, disséminés à la surface de la cornée. Ils disparaissent par le traitement, mais ils subsistent quand ils ont atteint le stade d'abcès. Ces abcès ne sont jamais pleins de pus, ce sont plutôt des altérations de l'épithélium, des érosions succédant à l'infiltration. Lorsqu'ils se limitent à l'épithélium, ils guérissent totalement, s'ils évoluent en profondeur, ils laisseront des taies de la cornée. Fei-

genbaum signale un autre groupe de complications comprenant des ulcères centraux avec hypopyon, dont certains évoluent vers la perforation et il en dresse le tableau suivant :

Infiltrats.....	115	60	%
Ulcérations plates.....	44	26	%
Ulcérations + hypopyon	6	3,6	%
Ulcères perforés	4	44	%

Parmi les 6 cas d'hypopyons, il y a quatre trachomateux et pour les ulcères perforés il y a trois trachomateux.

Ceci permet une fois encore de conclure à la gravité de l'association conjonctivite wecksienne et trachome.

La statistique des 3.889 cas montrant, la fréquence des complications au cours des conjonctivites à Koch-Wecks, donne le pourcentage suivant :

- 3,1 % de complications en l'absence de trachome.
- 13,1 % de complications en présence de trachome.

Feigenbaum pense, que la prédisposition particulière des trachomateux, aux complications, au cours des conjonctivites est due à la mauvaise vascularisation de cette cornée trachomateuse.

Il pense aussi que l'état des paupières est un facteur important dans l'éclosion des conjonctivites. Or on connaît ces paupières dystrophiques des trachomateux : l'infection s'accompagnant de trachome se développe plus sévèrement que « les paupières sont

plus éloignées et avoisinent le globe oculaire d'une façon moins serrée », de sorte que l'agent infectieux se trouve sur un terrain favorable à son développement.

Il apparaît donc que si les conjonctivites aiguës ont une action très nette sur l'éclosion, la symptomatologie, l'évolution et les complications du trachome, réciproquement, le trachome rend celui qu'il touche vulnérable à l'égard des infections conjonctivales qui sévissent surtout pendant les fortes chaleurs.

Conclusion.

« Si le trachome se complique d'ophtalmie, soigne d'abord l'ophtalmie par le traitement qui lui convient, mais sans négliger le trachome lui-même pour qu'il n'augmente pas. Mais dès que l'ophtalmie est au repos, reviens au traitement propre du trachome. »

(Ali Ibn El Aïssa, Chap. II, Liv. IV
du *Tedkirat*), x^e siècle.

Le trachome a une importance primordiale dans les pays chauds, notamment en Afrique du Nord où nous sommes appelés à exercer. Les conjonctivites de toutes sortes y sont également très fréquentes et leurs relations avec le trachome sont maintenant établies :

1^o Ces conjonctivites font le lit du trachome ;

2^o C'est à la faveur des épidémies de conjonctivites que l'on constate un accroissement considérable des cas de trachome ;

3^o Les conjonctivites aiguës modifient la symptomatologie du trachome, augmentation des sécrétions, congestion des conjonctives, chémosis, œdème palpébral, forment une sorte de symbiose avec lui ;

4^o Elles aggravent le trachome, en prolongeant son

évolution, en prédisposant aux complications : ulcères, leucomes, etc..., et en entravant son traitement.

De ces faits, il résulte une conclusion pratique, une conclusion thérapeutique, que les médecins des pays chauds n'ont pas manqué de mettre en relief : « La lutte contre le trachome est inséparable en Algérie, de la lutte contre les autres ophtalmies contagieuses, car ces dernières compliquent et aggravent le trachome. » Sergent.

Dans ces pays, où les moyens médicaux sont souvent insuffisants, la médecine doit avoir avant tout un rôle préventif : « La lutte contre les épidémies de conjonctivites aiguës, constitue une prophylaxie efficace et en somme aisée de la conjonctivite granuleuse » Junes.

Cette lutte ne peut être entreprise par les médecins de notre Empire Colonial que s'ils obtiennent l'appui total des Pouvoirs Publics et disposent d'un Service social parfaitement organisé.

Vu : le Président de la thèse,
M. TERRIEN.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur,
l'Inspecteur de l'Académie,
G. RIMEY.

BIBLIOGRAPHIE

- Adamantiadis.* — Kératite weeksienne en sillon chez des anciens trachomateux (Annales d'oculistiques, 1928).
- Bidault.* — Statistique du trachome et des conjonctivites aiguës dans la population infantile d'une oasis saharienne (Revue du trachome, avril 1924).
- Cuenod et Nataf.* — Le trachome.
— Le trachome (Revue médicale française, 1932).
- Dascalopoulos.* — Carte de la distribution du trachome en Grèce (Revue du trachome, avril 1927).
- Feigenbaum.* — Hornhaut Konplikationen bei in der Palestina epidemisch vor komm ernd Koch-Weeks Konjenktivitis Klein Mon F Aug 1921, vol. LXVII.
- Francesco Mura.* — Le trachome dans la province de Cagliari (Revue du trachome, 1928).
- Fuchs.* — Manuel d'ophtalmologie.
- Jeannot.* — Notes sur le trachome au Djérid (Revue du trachome, octobre 1924).
- Junes.* — Archives d'ophtalmologie, 1924.
- Lakah et Khouri.* — Sur la fréquence relative des différentes infections conjonctivales aiguës à Alexandrie (Annales d'oculistiques).
- Lefort.* — A propos du trachome au Maroc : Considérations cliniques, traitement prophylaxie (Revue du trachome, 1924).
- Morax.* — Traité de trachome.

- Le rôle des affections conjonctivales aiguës dans l'étiologie du trachome (Revue du trachome, janvier 1926).
- La conjonctivite granuleuse d'Egypte (Annales d'oculistiques, 1902).
- Recherches cliniques sur l'étiologie du trachome en Egypte (Annales d'oculistiques, 1902).
- Morax et Petit.* — Le trachome conjonctivite granuleuse.
- Motais.* — Trois années en Cochinchine (Annales d'oculistiques, 1925).
- Puscariu (Mme E.).* — Le trachome en Roumanie (Revue du trachome, 1926).
- Rossi (Naples).* — Archives d'ohalmologia, 1927.
- Ruata.* — L'importance des infections secondaires dans le trachome et leur traitement par vaccinothérapie (Rassegna Italiano d'ohalmologia, 1932).
- Schousboë.* — Dépistage des trachomateux au Conseil de Révision (Revue du trachome, janvier 1925).
- Sedan.* — Contamination trachomateuse chez l'adulte à la suite d'une conjonctivite à diplobacilles de Morax (Revue du trachome, 1926).
- Contamination de 3 enfants par leur père trachomateux ayant présenté une conjonctivite à diplobacille de Morax (Revue du trachome, 1932).
- Sergent.* — Lutte contre le trachome (Revue du trachome, 1924).

